



CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE GASTOS
MÉDICOS MAYORES COLECTIVO "Si Salud Total"

Patrocinador Oficial
Comité Olímpico Mexicano



Índice

I. DEFINICIONES	5
Accidente.....	5
Asegurado.....	5
Carátula de la póliza.....	5
Certificado Individual.....	5
Cirugía Ambulatoria.....	5
Colectividad Asegurada.....	5
Colectividad Asegurable.....	5
Compañía.....	6
CONDUSEF.....	6
Contratante.....	6
Contrato de Seguro.....	6
Copago.....	6
Diagnóstico.....	7
Endoprótesis.....	7
Endoso.....	7
Enfermedad y/o Padecimiento.....	7
Enfermera.....	7
Gasto Usual y Acostumbrado (GUA).....	7
Honorarios médicos.....	7
Hospital o Sanatorio.....	7
Hospitalización.....	7
Medicina Preventiva.....	7
Médico de primer contacto.....	8
Médico Tratante.....	8
Padecimientos Congénitos.....	8
Padecimientos Preexistentes.....	8
Criterio de Preexistencia.....	8
Pago Directo.....	9
Pase Médico.....	9
Periodo de Espera.....	9
Periodo de Gracia.....	9
Práctica profesional de cualquier deporte.....	9
Prótesis.....	9
RECAS.....	9
Red o Red de Prestadores de Servicio.....	9
Reembolso.....	10
Servicios Médicos Especializados.....	10
Signo.....	10
Síntoma.....	10
Suma Asegurada.....	10
Tarjeta de Identificación.....	10
Tratamiento médico.....	10
Urgencia Médica.....	10
Vigencia.....	11
II. OBJETO Y DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.....	11
1. OBJETO DEL SEGURO.....	11
2. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.....	11
A) CONSULTA EXTERNA DE PRIMER CONTACTO.....	11

B) CONSULTA EXTERNA DE SEGUNDO CONTACTO O DE ESPECIALIDAD	11
C) MEDICAMENTOS	12
D) CONSULTA MÉDICO DOMICILIARIA	12
E) SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO	12
F) HOSPITALIZACIÓN	13
G) AMBULANCIA	13
H) PRÓTESIS Y ENDOPRÓTESIS	13
I) TERAPIAS DE REHABILITACIÓN FÍSICA Y ENFERMERA	14
J) URGENCIAS MÉDICAS	14
K) COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO	15
L) ATENCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS QUE NO TIENE LA COMPAÑÍA.....	15
M) CONSULTAS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS ATENDIDOS FUERA DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS.	15
N) PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA .	15
O) MEDICINA PREVENTIVA	16
P) COBERTURA DENTAL	17
III. COBERTURA ADICIONAL.....	18
Q) URGENCIAS MÉDICAS EN EL EXTRANJERO	18
IV. EXCLUSIONES GENERALES Y GASTOS NO CUBIERTOS.....	20
V. CLAUSULAS GENERALES DEL CONTRATO.....	23
1. CONTRATO	23
2. PERIODO DE BENEFICIO	23
3. MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES	23
4. RECTIFICACION DE POLIZA	23
5. REGISTRO DE ASEGURADOS	23
6. EDAD	24
7. REPORTE DE MOVIMIENTOS.....	24
8. PRIMA	25
9. INTERÉS MORATORIO	26
10. RENOVACIÓN	28
11. CANCELACIÓN	29
12. REHABILITACIÓN.....	29
13. RESIDENCIA.....	29
14. PRESCRIPCIÓN	30

15. SUBROGACION	30
16. MONEDA	30
17. COMPETENCIA	30
18. VIGENCIA DEL SEGURO	31
19. DERECHOS DE LOS ASEGURADOS	31
20. PAGO DE INDEMNIZACIONES	31
21. MODIFICACIONES DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	34
22. COBROS POR SERVICIOS NO CUBIERTOS	34
23. TERMINACIÓN ANTICIPADA	34
24. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	34
25. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	35
26. COMISIONES	35
27. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA RESPECTO DE TERCEROS.....	35
28. CAMBIO DE CONTRATANTE	35
29. ARBITRAJE MÉDICO	36

I. DEFINICIONES

Son aplicables, de acuerdo con las condiciones particulares, generales y/o especiales estipuladas en esta póliza, los siguientes términos:

Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones en la persona del Asegurado y que requieran atención médica dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. **No se considerará accidente a las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

Asegurado

Es la persona física que radica en Territorio Nacional y que forma parte de la Colectividad Asegurada cubierta por el contrato de seguro. Tendrá el carácter de Titular en caso de que se expida a su nombre el correspondiente certificado individual de la póliza. En caso de que se extienda la cobertura a sus Dependientes Económicos, éstos podrán ser su cónyuge, hijos y/o ascendientes, siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación que la Compañía establezca y cuyos nombres aparezcan en el certificado individual correspondiente.

Carátula de la póliza

Documento que forma parte del contrato de seguro, el cual contiene, entre otros datos, las características del plan contratado, coberturas, sumas aseguradas, copagos, características de la colectividad asegurada, prima pactada, periodicidad de pago, fecha de inicio y fin de vigencia de la póliza y descripción de la Colectividad Asegurada.

Certificado Individual

Documento en el cual se establece, nombre, teléfono y domicilio de la Compañía, firma del funcionario autorizado de la Compañía, operación del seguro, número de póliza y certificado, nombre del Contratante, nombre y fecha de nacimiento o edad del(os) Asegurado(s), fecha de vigencia de la póliza y del certificado, suma asegurada o regla para determinarla en cada beneficio y el copago contratado.

Cirugía Ambulatoria

Es aquella cirugía de baja o mediana complejidad que requiere vigilancia post operatoria por un tiempo no mayor a seis horas.

Colectividad Asegurada

Es el conjunto de personas constituido por los integrantes de la Colectividad Asegurable que habiendo solicitado este seguro y habiendo sido aceptada su oferta por la Compañía, sean incluidos con la calidad de Asegurados en el registro respectivo. Cada una de dichas personas formará parte de la Colectividad Asegurada desde la fecha en que se indique en el registro de que se trata, y hasta en tanto no se produzca alguna de las causas por las que, conforme a esta póliza o a la ley, deben cesar, individual o colectivamente, los efectos de este contrato.

Colectividad Asegurable

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un

vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro y que cumplen con lo siguiente:

- a) Al menos 10 miembros titulares cuando exista regla general de suma asegurada.
- b) Al menos 10 miembros titulares debiendo constituir por lo menos el 50% del total de miembros que integren la colectividad, cuando no exista regla general de suma asegurada.
- c) Cuando se cubra a Dependientes Económicos dentro de la colectividad asegurada, se considerará como tales:
 - ✓ Cónyuge que cumpla con los requisitos de aceptación que la Compañía establezca y cuyo nombre aparezca en el certificado individual correspondiente.
 - ✓ Hijos que cumplan con los requisitos de aceptación que la Compañía establezca y cuyos nombres aparezcan en el certificado individual correspondiente.
 - ✓ Ascendientes que cumplan con los requisitos de aceptación que la Compañía establezca y cuyos nombres aparezcan en el certificado individual correspondiente.

Compañía

Toda mención en esta póliza de la Compañía se refiere a **Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C. V.**

CONDUSEF

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Contratante

Persona física o moral que ha solicitado la celebración del contrato para si y/o para terceras personas, quién es responsable ante la Compañía del mismo y además se compromete a realizar el pago de las primas, en virtud de su relación con los miembros de la Colectividad Asegurada.

Contrato de Seguro

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la póliza, la solicitud de seguro, los certificados individuales, el registro de asegurados, el folleto explicativo y los endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba de la celebración del contrato de seguro.

Copago

Participación monetaria del Asegurado en el costo de la atención médica (consulta médica, medicamentos, etc.), que representa una parte del valor de los servicios médicos.

Esta participación es una cantidad previamente establecida que puede estar dada como un porcentaje del costo del servicio o como una cantidad fija. El copago para cada tipo de atención médica se encontrará estipulado en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente.

Diagnóstico

Identificación de una enfermedad por sus signos o síntomas y mediante el uso de procedimientos de creación de imágenes y resultados de laboratorio.

Endoprótesis

Objetos metálicos o plásticos destinados a reemplazar de forma permanente un hueso, una articulación o cualquier otra parte o función del organismo.

Endoso

Documento que forma parte del contrato de seguro, modificando y/o adicionando sus condiciones, registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Lo señalado por este documento prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

Enfermedad y/o Padecimiento

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo que amerite tratamiento médico, diagnosticada por un médico profesionalista legalmente autorizado.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad. **No se considerarán como enfermedades cubiertas, las afectaciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

Enfermera

Persona que ejerce la enfermería con título y legalmente autorizada para la práctica de su profesión.

Gasto Usual y Acostumbrado (GUA)

Para los efectos de la cobertura de esta póliza, se entiende como tal, los honorarios que usualmente cobra el Médico Tratante, hospital o cualquier otro recurso médico de la Red de Prestadores de Servicios con base a los tabuladores que la Compañía tiene con ellos establecidos, los cuales podrán ser consultados en la página www.sisnova.com.mx, con excepción de la cobertura de Urgencias Médicas en el Extranjero, para la cual el GUA equivale al costo promedio que resulte de los honorarios regulares de los médicos, especialistas y hospitales que ejercen la medicina en la ciudad, región o país donde se haya generado el gasto.

Honorarios médicos

Pago que obtiene el profesional médico legalmente reconocido por los servicios que presta a los Asegurados.

Hospital o Sanatorio

Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de pacientes enfermos o accidentados.

Hospitalización

Es la estancia continua en un hospital o sanatorio mayor de 24 horas, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para el padecimiento, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

Medicina Preventiva

Es la serie de acciones generales, específicas, de limitación del daño y de control, que evitan la ocurrencia o evolución de un daño a la salud por efecto de la presencia de padecimientos potenciales o presentes en la población asegurada.

Médico de primer contacto

Son aquellos Médicos que pertenecen a la Red de Prestadores de Servicios con los que puede acudir directamente el Asegurado para la atención de cualquier enfermedad y/o accidente, y definen si es necesario que el Asegurado sea atendido en Servicios Médicos Especializados.

Las especialidades que se consideran como de primer contacto son:

- ✓ Medicina General
- ✓ Medicina Familiar
- ✓ Medicina Interna
- ✓ Pediatría
- ✓ Odontología
- ✓ Ginecología y Obstetricia
- ✓ Urgencias
- ✓ Oftalmología

Médico Tratante

Es el médico de primer contacto o especialista, titulado y con cédula profesional, que pertenece a la Red de Prestadores de Servicios, que brinda control y tratamiento médico o quirúrgico al Asegurado, siendo el responsable médico del mismo.

Padecimientos Congénitos

Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento, después del nacimiento o después de varios años.

Padecimientos Preexistentes

Son aquellos padecimientos y/o enfermedades respecto de los que previamente a la celebración del Contrato presentan una o varias de las siguientes características:

- ✓ Se hayan declarado previamente a la celebración de este contrato.
- ✓ Se haya realizado un diagnóstico médico previo a la contratación de esta póliza.
- ✓ Aquellos por los que se haya erogado algún gasto previo a la contratación de esta póliza.
- ✓ Que mediante un expediente clínico se demuestre la existencia previa al inicio de vigencia de esta póliza.

Para efectos de esta definición se entenderá lo siguiente:

Criterio de Preexistencia

El criterio para determinar que un padecimiento es preexistente se fundamentará mediante historia clínica en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, que se haya practicado el Asegurado.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado los resultados de dicho diagnóstico, o bien el resumen del expediente médico o clínico. La Compañía quedará liberada de sus obligaciones derivadas de alguna reclamación, cuando por causas imputables al propio Asegurado, no se le proporcione a la Compañía la información requerida para continuar con el trámite de la reclamación.

La Compañía podrá, al momento de suscribir el riesgo, realizar los exámenes médicos que juzgue convenientes y si como resultado de los mismos no resulta alguna condición preexistente respecto de alguna enfermedad y/o padecimiento relativo al tipo de examen que se haya realizado que no hubiese sido diagnosticado en los citados exámenes médicos, la Compañía no podrá rechazar el

pago de las reclamaciones derivadas de dicha preexistencia.

Los padecimientos preexistentes deben ser declarados en términos del artículo 8° de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

Artículo 8°. El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se haya interrumpido si opera la rehabilitación de la Póliza.

Pago Directo

Beneficio mediante el cual la Compañía coordina y paga directamente a la Red de Prestadores de Servicios, por los servicios médicos prestados al Asegurado de acuerdo a las condiciones del presente contrato y cuando proceda la reclamación.

Pase Médico

Es el documento de autorización que otorga el Médico tratante, ya sea en papel o por autorización electrónica, para que el Asegurado asista a una consulta de especialidad o a la toma de un estudio de laboratorio o gabinete.

Periodo de Espera

Es el lapso ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de alta del Asegurado, a fin de que las coberturas contratadas puedan ser otorgadas bajo las condiciones establecidas. Este periodo no aplica para accidentes o urgencias médicas.

Periodo de Gracia

Es el plazo de 30 días naturales que tiene el Contratante para pagar la totalidad de la prima, o bien la fracción de la misma en el caso de pago en parcialidades.

Práctica profesional de cualquier deporte

Dedicarse a una actividad física o ejercicio continuado y por el que se reciba cualquier tipo de retribución.

Prótesis

Extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo faltante.

RECAS

Registro de contratos de adhesión de seguros en CONDUSEF.

Red o Red de Prestadores de Servicio

Es el conjunto de médicos, farmacias, laboratorios, gabinetes, servicios de hospitalización, servicios de rehabilitación y apoyos médicos con los que la Compañía mantiene convenio para brindar servicios de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud del Asegurado.

La Compañía se reserva el derecho de modificar a los proveedores que integran la Red de Prestadores de Servicios, sin previo aviso. La Compañía informará a sus Asegurados por escrito, dentro de los quince días hábiles siguientes en que sucedan, los cambios de hospitales de la Red de Prestadores de Servicios.

Para hacer uso de estos servicios el Asegurado deberá comunicarse las 24 horas del día, los 365 días del año, al Centro de Atención Telefónica de la Compañía al siguiente número 01 800 022 6436 desde cualquier lugar dentro de la República Mexicana, o bien, revisar dentro del siguiente sitio en

SST CG-001

Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V.
Batallón de San Patricio 111 Piso 14, Valle Oriente, C.P. 66269,
San Pedro Garza García, N.L., México I Tel. (81) 8647 0306

Internet: www.sisnova.com.mx los proveedores que integran la Red, ya que ésta será actualizada continuamente.

Reembolso

Es el reintegro que efectúa la Compañía conforme a las presentes condiciones generales y hasta por el Gasto Usual y Acostumbrado (GUA), de los gastos erogados por el Asegurado, a consecuencia de haber sido atendido fuera de la Red de Prestadores de Servicios por un accidente o enfermedad cubiertos por la presente póliza.

Servicios Médicos Especializados

Son los servicios proporcionados por los médicos especialistas de la Red de Prestadores de Servicios y que, en razón del padecimiento específico del Asegurado, lo atiende una vez que es turnado por un médico de primer contacto, o bien, por otro especialista.

Signo

Se dice de cada una de las manifestaciones en una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una valoración médica.

Síntoma

Es un fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía para cada uno de los Asegurados, por cada año Póliza. La Suma Asegurada se encontrará estipulada en la Carátula de la Póliza y/o certificado individual correspondiente.

Tarjeta de Identificación

Documento expedido por la Compañía al Asegurado, indispensable para identificarse en la obtención de los servicios médicos brindados a través de la Red y para acreditar su derecho al uso de estos.

Tratamiento médico

Es el conjunto de acciones, prescripciones o intervenciones destinadas a proteger, promover y restaurar la salud del Asegurado, a causa de una enfermedad o accidente amparado por la póliza.

Las actividades de atención médica son las siguientes:

Preventivas. - Son aquellas que incluyen las de promoción general y las de protección específica a la salud.

Curativas. - Son aquellas que, derivadas de un diagnóstico, proporcionan un tratamiento oportuno ante una enfermedad.

De rehabilitación. - Son aquellas acciones tendientes a lograr el restablecimiento de las funciones orgánicas.

Urgencia Médica

Es todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida del Asegurado, alguno de sus órganos o una función y que requiera atención inmediata (Artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).

Cuando de acuerdo con el criterio del médico tratante, el tratamiento de urgencia ya no es requerido, por estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente, pudiendo éste continuar su tratamiento en su domicilio o lugar de origen, en ese momento cesará la condición de urgencia.

Vigencia

Período durante el cual tiene validez este contrato y que se indica en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente.

II. OBJETO Y DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

1. OBJETO DEL SEGURO

Con el propósito de contribuir a lograr un óptimo estado de salud del Asegurado, la Compañía, ofrece este Plan de Salud Sí Salud Total dentro del territorio nacional a través de la Red de Prestadores de Servicios Médicos, consistente en el otorgamiento de atención médica integral de alta calidad, eficaz y humana, que sea confiable, y que brinde seguridad a través de recursos humanos, físicos y tecnológicos de excelencia. Por lo cual, si el Asegurado incurre en cualquiera de los gastos cubiertos por la presente póliza en el momento que se presente una enfermedad y/o accidente o al recibir alguna consulta o tratamiento de Medicina Preventiva que requiera tratamiento médico o quirúrgico, la Compañía pagará el costo de los mismos, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente, así como a las condiciones generales y endosos, siempre y cuando ocurra durante el período de cobertura del Asegurado y la póliza se encuentre en vigor al momento del accidente y/o enfermedad.

2. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Los beneficios serán cubiertos después de satisfacer el copago contratado hasta por el límite de suma asegurada contratada, conforme a lo especificado en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente.

A) CONSULTA EXTERNA DE PRIMER CONTACTO

Es la atención que proporciona cualquier médico, a través de la cual se pretende detectar y tratar oportunamente cualquier alteración de la salud, y en caso de ser necesario referir al especialista adecuado.

Bajo esta cobertura el Asegurado podrá acudir directamente a los Médicos pertenecientes a la Red de Prestadores de Servicios de las siguientes especialidades:

- ✓ Medicina General
- ✓ Medicina Familiar
- ✓ Medicina Interna
- ✓ Pediatría
- ✓ Odontología
- ✓ Urgencias
- ✓ Oftalmología
- ✓ Ginecología: Esta cobertura únicamente se otorga a las Aseguradas que cuenten con 20 años de edad o más. Obstetricia. siempre que la persona en cuestión haya estado asegurada por al menos 10 meses en forma continua, y la póliza se encuentre vigente. Dicha cobertura aplicará solamente si la edad de la Asegurada se encuentra entre 20 y 45 años.

B) CONSULTA EXTERNA DE SEGUNDO CONTACTO O DE ESPECIALIDAD

Por esta cobertura el Asegurado, en caso de así requerirlo, podrá ser turnado a una consulta con un Médico especialista o algún servicio complementario y/o servicio de la especialidad correspondiente, mediante la expedición de un pase médico, mismo que proporcionará el Médico Tratante de primer contacto.

C) MEDICAMENTOS

Estarán cubiertos los medicamentos, siempre y cuando estos hayan sido prescritos mediante receta por el Médico Tratante (primer o segundo contacto o de especialidades) del Asegurado, que pertenezca a la Red de Prestadores de Servicios y estén en relación al diagnóstico de la consulta. Las recetas deben canjearse en una farmacia de la Red, preferentemente el mismo día de su expedición o a más tardar dentro de los diez días siguientes a la misma y en su caso sujeto a la política de la farmacia de la Red.

D) CONSULTA MÉDICO DOMICILIARIA

Durante la vigencia de la póliza, los Asegurados gozarán de la protección de esta cobertura, de conformidad con lo siguiente:

La Compañía brindará la atención médica en el domicilio del Asegurado que así lo requiera. Esta cobertura incluye los honorarios del médico que lo visite. A los medicamentos recetados por el médico que atienda la consulta les será aplicado el copago definido en dicha cobertura. Las especialidades amparadas por esta cobertura son las mismas que se señalan en la cobertura de consultas de primer contacto (medicina general, medicina familiar, medicina interna, pediatría, odontología, urgencias, oftalmología y ginecología).

El Asegurado podrá elegir al médico dentro de la Red de Prestadores de Servicios que le da a conocer la Compañía.

Los beneficios serán cubiertos después de satisfacer el monto de copago contratado al prestador del servicio y se aplicará para cada servicio o atención médica.

El número de consultas amparado, así como el copago contratado para estos gastos, estarán indicados en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

E) SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO

Se cubren todos los estudios de laboratorio, gabinete, imagenología y cualquier otro servicio que sea necesario para diagnosticar el estado de salud del Asegurado, derivado de algún accidente o enfermedad cubiertos por la presente póliza.

Estos servicios deberán ser indicados por el Médico Tratante de la Red de Prestadores de Servicios y se practicarán en los Laboratorios y Gabinetes afiliados a la propia Red. Para la realización de cualquier estudio de diagnóstico es necesario que el Asegurado siga las indicaciones establecidas en el folleto explicativo.

Para la realización de los estudios especializados como tomografía, resonancia magnética, radioterapia, medicina nuclear, endoscopía, mastografía, ecocardiografía, angiografías, interconsultas externas y ecometría de ojo, el Asegurado requerirá autorización de la Compañía, así como orientación acerca de los sitios en que se realizan.

F) HOSPITALIZACIÓN

Se cubre el servicio de hospital, ya sea corta o larga estancia y urgencias médicas para la atención de accidente o enfermedad cubiertos por la presente póliza. Específicamente están amparados bajo esta cobertura:

Los tratamientos e intervenciones quirúrgicas realizadas por prescripción del Médico Tratante.

Habitación sencilla privada con baño, incluyendo alimentos del Asegurado internado.

Los servicios médicos y de enfermería, medicamentos y anestésicos suministrados durante la hospitalización, incluyendo el derecho a la sala de operaciones, anestesiólogo, salas de terapia y recuperación.

Los Honorarios de Médicos y de sus asistentes por intervenciones quirúrgicas y las consultas postoperatorias que sean necesarias.

Los estudios de Laboratorio y Gabinete.

Otros apoyos que requiera o indique el Médico Tratante.

El Asegurado que requiera ser internado en un Hospital de la Red de Prestadores de Servicios deberá seguir las indicaciones establecidas en el folleto explicativo.

Para cirugías programadas, el Médico Tratante o el propio Asegurado deberá entregar a la Compañía el formato respectivo, la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete requeridos o enviarlos en forma electrónica.

En caso de que la cirugía no pueda realizarse en algún Hospital de la Red de Prestadores de Servicios, el Asegurado podrá elegir otro centro hospitalario, en cuyo caso los gastos erogados se pagarán a través de reembolso en los términos de la cláusula 20 Pago de Indemnizaciones.

El Médico Tratante coordinará la atención médica necesaria para el Asegurado.

Los servicios no ordenados por el Médico Tratante o no indicados en la presente cláusula se encuentran excluidos de la cobertura.

G) AMBULANCIA

Se cubren los traslados en ambulancia terrestre programados o de urgencia del domicilio o ubicación del Asegurado hacia el centro de hospitalización, Centro de diagnóstico o tratamiento y viceversa, en caso de que él mismo, por su condición de salud no lo pueda realizar por sus propios medios. Este servicio requerirá ser coordinado y autorizado por la Compañía.

H) PRÓTESIS Y ENDOPRÓTESIS

Estarán cubiertas las prótesis, cuando así lo requiera el tratamiento del accidente o enfermedad y sean autorizados por la Compañía.

La endoprótesis se cubrirá sólo en los casos en que el tipo de lesión o alteración pongan en peligro la vida o transforme en forma importante la función de un órgano del Asegurado.

I) TERAPIAS DE REHABILITACIÓN FÍSICA Y ENFERMERA.

La Compañía cubrirá las terapias de rehabilitación física cuando el Asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad amparados así lo requiera y haya sido prescrita por el Médico Tratante.

La rehabilitación física se proporciona al Asegurado por lesiones o padecimientos que puedan generar invalidez, incapacidad parcial o por recuperación tardía, con el objetivo de lograr su rehabilitación en el menor tiempo posible, siempre y cuando se garantice que se va a recuperar la función.

Esta cobertura se brinda con un límite de 30 sesiones como máximo por año póliza y por Asegurado.

Asimismo, La Compañía pagará los honorarios de enfermeras tituladas y legalmente autorizadas para el ejercicio de su profesión, que participen de manera activa y directa en la curación y/o en la recuperación del Asegurado, siempre y cuando sea por prescripción del médico tratante, cuando sea necesario para la convalecencia domiciliaria, con un límite máximo de 30 días naturales con un máximo de tres turnos por día por año póliza y por Asegurado, salvo autorización expresa de La Compañía.

J) URGENCIAS MÉDICAS

Este servicio se prestará a los Asegurados que presenten Urgencias, tales como: heridas, accidentes o enfermedades que pongan en riesgo su vida, su integridad física o función de algún órgano.

El Asegurado recibirá el servicio de Urgencias en los Hospitales de la Red de Prestadores de Servicios, para lo cual deberá comunicarse al Centro de Atención Telefónica para en su caso recibir la asesoría sobre los trámites a realizar.

En casos de urgencia médica ocurrida en que se requiera atención médica fuera de la Red de Prestadores de Servicios, se deberá avisar telefónicamente o por escrito a la Compañía al Centro de Atención Telefónica dentro de los 5 días hábiles siguientes de cualquier urgencia médica o atención que pueda ser motivo de una indemnización para que el Asegurado reciba sugerencias del médico de la Red de Prestadores de Servicios, sea valorado y si su condición médica lo permite, sea trasladado a un hospital de la Red. Además, se le indicará si sus gastos están cubiertos, mismos que le serán pagados por la Compañía al solicitar su reembolso de acuerdo a lo determinado en cláusula 20 Pago de Indemnizaciones de las Condiciones Generales de la Póliza.

Salvo caso fortuito o de fuerza mayor, si el Asegurado omite dar el aviso a la Compañía en el plazo mencionado anteriormente, participará con el 20% (veinte por ciento) adicional sobre el copago correspondiente, de conformidad con lo dispuesto en la

cláusula 20 antes indicada.

K) COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO

Se cubren desde el día de su nacimiento los tratamientos médicos y quirúrgicos del recién nacido efectuados dentro del territorio nacional, incluyendo los padecimientos congénitos, los cuales se cubrirán únicamente cuando la madre tenga 10 meses continuos de asegurada en la póliza y se haya notificado el nacimiento a la Compañía a más tardar dentro de los 30 días de ocurrido, para el alta correspondiente.

Se cubren los padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza, mayores a cinco años de edad, siempre y cuando sus signos o síntomas no hayan sido diagnosticados previamente a la fecha de alta del Asegurado en la póliza.

L) ATENCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS QUE NO TIENE LA COMPAÑÍA

En el caso de que el Asegurado requiera un determinado servicio médico que no esté contemplado dentro de la Red de Prestadores de Servicios, el Asegurado podrá elegir otro servicio médico, en cuyo caso los gastos erogados se pagarán a través de reembolso en los términos de la cláusula 20 Pago de Indemnizaciones.

M) CONSULTAS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS ATENDIDOS FUERA DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS.

Si el Asegurado por decisión propia, decide atender su enfermedad o accidente fuera de la Red de Prestadores de Servicios, deberá cubrir los gastos correspondientes y presentar los comprobantes con la solicitud de reembolso de gastos, de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 20 Pago de Indemnizaciones de estas Condiciones Generales y la Compañía, en caso de proceder el reembolso, pagará de acuerdo al Tabulador de la Red, sin exceder en ningún caso el gasto usual y acostumbrado (GUA).

N) PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

Se cubrirán los siguientes padecimientos cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 12 meses de vigencia continua para cada Asegurado, del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la póliza:

- ✓ Los tratamientos de litiasis renal y en vías urinarias
- ✓ Padecimientos de glándulas mamarias
- ✓ Insuficiencia de piso perineal
- ✓ Endometriosis (no se cubren tratamientos de endometriosis que estén relacionados con la esterilidad)
- ✓ Planificación familiar definitiva
- ✓ Padecimientos de la columna vertebral, excepto hernias de disco
- ✓ Insuficiencia venosa, varicocele y varices de miembros inferiores
- ✓ Vesícula y vías biliares

Se cubrirán los siguientes padecimientos cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 24 meses de vigencia continua para cada Asegurado, del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la póliza:

- ✓ Padecimientos Ano Rectales
- ✓ Tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas y adenoides
- ✓ Hernias (incluyendo las de disco), eventraciones
- ✓ Nariz y/ o senos paranasales por enfermedad
- ✓ Cataratas
- ✓ Hallux Valgus (Juanetes)

Se cubrirán los siguientes padecimientos cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 36 meses de vigencia continua para cada Asegurado, del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la póliza:

- ✓ Cirugía prostática por enfermedad
- ✓ Cirugía de cadera por enfermedad
- ✓ Cirugía de rodilla por enfermedad
- ✓ Cirugía de hombro por enfermedad

O) MEDICINA PREVENTIVA

La Medicina Preventiva que la Compañía ofrece tiene un enfoque de Salud Pública basado en el agotamiento de los niveles de prevención primaria y prevención secundaria, buscando, con el primero, evitar la presentación de la enfermedad y, con el segundo, detener la progresión de procesos patológicos presentes o instaurados.

De acuerdo a lo estipulado en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente podrán quedar cubiertos alguno de los puntos siguientes:

1. Consultas de primer contacto de prevención

Quedan cubiertas las consultas de primer contacto del inciso 2.A Descripción de las Coberturas.

2. Servicios de diagnósticos de prevención

Quedan cubiertos los servicios de diagnóstico del inciso 2.E Descripción de las Coberturas.

La Compañía podrá ofrecer a los Asegurados los programas de atención preventiva dependiendo en cada caso de la infraestructura de la Red en la localidad, y son:

1. ATENCIÓN DEL NIÑO SANO:

El objetivo de este programa es vigilar el crecimiento y desarrollo del niño desde que nace hasta los 11 años, detectando a tiempo cualquier anormalidad. Orientado a mejorar los niveles de salud del niño a través de la disminución de la frecuencia de enfermedades propias de la infancia.

2. ATENCIÓN DEL ADOLESCENTE:

Orientada a vigilar y orientar el crecimiento y desarrollo del adolescente

contemplando el aspecto físico, psicológico y social, teniendo a los padres como copartícipes.

El objetivo se cumple a través de una revisión médica anual de los 11 a los 15 años y programas de orientación que incluyen: educación sexual, nutrición, motivación al ejercicio físico y prevención de hábitos negativos. Con esto se busca brindar información y entendimiento al adolescente para que conserve y fomente su salud.

3. ATENCIÓN DE LA MUJER:

El interés primordial es la prevención del cáncer cervicouterino y mamario a través de la realización de exámenes periódicos, como son: el papanicolaou y exploración de mamas; así mismo se encarga de proporcionar orientación en el control de la natalidad.

4. ATENCIÓN DE LA DIABETES:

Mediante este programa se da a conocer de manera integral al Asegurado con diabetes y a su familia, los conocimientos necesarios sobre dicha enfermedad, con la finalidad de reducir el riesgo de las complicaciones agudas y crónicas de esta enfermedad y mejorar la calidad de vida del Asegurado.

5. ESQUEMA DE VACUNACIÓN CUBIERTO:

Se cubrirá de acuerdo al esquema de vacunación indicado por la Secretaria de Salud (SSA) y las vacunas serán aplicadas a través de la Red de Prestadores de Servicios Médicos.

P) COBERTURA DENTAL

La Compañía a través del Prestador de Servicios Dentales que se establece en la póliza, se obliga a prestar los siguientes servicios dentales:

Beneficio Dental	Descripción del Procedimiento	Limitación por Procedimiento
Urgencias Dentales*	Asesoría telefónica las veinticuatro (24) horas.	Solo por Urgencia.
	Consulta de paciente por Urgencia dental.	Solo por Urgencia.
	Curaciones y sedantes temporales.	Solo por Urgencia.
	Pulpotomía terapéutica (remoción de pulpa coronaria hasta la unión dentinocemental y aplicación de medicamento), no incluye la restauración final.	Solo por Urgencia.
	Extracción de restos coronales – dientes deciduos.	Solo por Urgencia.
	Extracción de diente (temporal o permanente) o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps).	Solo por Urgencia.

	Reimplantación de diente y/o estabilización de diente causado por accidente o desplazamiento.	Solo por Urgencia.
	Incisión y drenaje de abscesos (tejido blando intraoral, realizado en el consultorio dental sin complicaciones quirúrgicas complejas).	Solo por Urgencia.
	Recubrimiento pulpar directo o indirecto, no incluye la restauración final.	Solo por Urgencia.
	Recementación de coronas, puentes, incrustaciones y onlays.	Solo por Urgencia.
Evaluación Oral.		Una en doce meses.
Profilaxis (Limpieza).		Una en doce meses.
3 Restauraciones con Amalgama o Resina.		Tres en doce meses, cualquier combinación de los procedimientos cubiertos (de acuerdo con la opción elegida).
2 Radiografías Intraoral – periapical o Aleta de mordida.		Dos radiografías en doce meses, cualquier combinación de los procedimientos cubiertos de acuerdo con la opción elegida.
Límite Anual		\$10,000
Coaseguro a cargo del Asegurado		20%

***Definición de Urgencia Dental:** Aquella situación extraordinaria que implique una dolencia física que requiera de manera imperiosa la atención inmediata del dentista para prevenir un daño físico o paliar una dolencia.

Definición de Coaseguro: Es la cantidad que queda a cargo del Asegurado, misma que se aplicará en un porcentaje sobre el costo procedente del tratamiento.

III. COBERTURA ADICIONAL

Q) URGENCIAS MÉDICAS EN EL EXTRANJERO

De aparecer como contratada en la carátula de la póliza y/o certificado individual, mediante esta cobertura se cubre la urgencia médica al Asegurado que se encuentre de viaje de negocios, de estudios o de placer fuera del territorio nacional, y requiera de atención inmediata debido a cualquier alteración orgánico-funcional súbita, a consecuencia de un accidente y/o enfermedad repentina y aguda cubiertos por la presente póliza y que pongan en peligro su vida, su integridad corporal o la funcionalidad de alguno de sus órganos.

Se entenderá por Enfermedad Aguda y/o urgencia médica, el proceso corto y relativamente severo de alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar

dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo. Por otro lado, Enfermedad Repentina se tomará como una enfermedad pronta, impensada y no prevista.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá como viaje de negocios, estudios o placer, aquella estancia fuera de la República Mexicana, que por dichos motivos realice el Asegurado, por un período continuo de hasta 30 días.

Esta cobertura dejará de surtir efecto en el momento en que el estado de salud del paciente se reporte como estable y pueda ser trasladado para continuar su tratamiento dentro de la República Mexicana.

En todos los casos, el Asegurado que requiera atención médica por una urgencia, deberá solicitar la autorización telefónicamente para tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto cubierto por esta cobertura.

Si el beneficiario o tercera persona no pudiera comunicarse por una circunstancia o razón involuntaria con el call center, el Asegurado recurrirá al servicio médico más próximo, con la obligación ineludible de notificar la incidencia al call center dentro de las 24 horas de producido el evento a efecto de saber si los gastos están cubiertos y si se consideran una urgencia médica, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en cuyo caso deberá dar aviso tan pronto como sea posible. En este caso no operará el pago directo, sólo el reembolso.

La Suma Asegurada que corresponde a la presente cobertura es independiente de la contratada en la protección básica y será efectiva durante la vigencia de la póliza.

Tanto los gastos cubiertos como las exclusiones para esta cobertura son las mismas que se estipulan en las Condiciones Generales, adicionando las siguientes:

EXCLUSIONES DE URGENCIAS MÉDICAS EN EL EXTRANJERO

- **Los accidentes o enfermedades que se hayan originado dentro de los límites territoriales de la República Mexicana y su atención se lleve a cabo en el extranjero.**
- **Servicios de enfermera fuera del hospital.**
- **Tratamientos de rehabilitación.**
- **Los gastos inherentes a la operación cesárea, parto y embarazo.**
- **Padecimientos preexistentes, en los términos definidos.**
- **Los gastos médicos realizados que no cumplan la condición de Urgencia Médica.**

Los gastos por concepto de habitación y alimento del hospital o sanatorio se limitarán al costo correspondiente a habitación semi-privada.

IV. EXCLUSIONES GENERALES Y GASTOS NO CUBIERTOS

No se cubrirán los gastos que se originen a consecuencia de:

- 1. Padecimientos congénitos de cualquier tipo, salvo los especificados en el inciso K. Cobertura del recién nacido de Descripción de las Coberturas.**
- 2. Tratamientos de fertilidad o esterilidad, y embarazos múltiples a consecuencia de estos.**
- 3. Gastos originados por el embarazo de una Asegurada, por la atención del parto, cesárea o algún otro servicio que tenga relación con esta atención, cuando la Asegurada tenga una antigüedad continua menor a 10 meses en la póliza o desde la última rehabilitación, así como tampoco quedarán amparados los gastos originados por la atención médica al hijo de ésta.**
- 4. Abortos punibles y legrados punibles.**
- 5. Anteojos y lentes de contacto.**
- 6. Intervenciones quirúrgicas con el fin de corregir trastornos de refracción ocular, siempre y cuando el número de dioptrías por ojo sea menor a 5.**
- 7. Cualquier tipo de Ortodoncia, Cirugía Maxilofacial, Endodoncia, Periodoncia, Ortopedia Dental y Guardas Oclusales.**
- 8. Terapia de lenguaje de cualquier tipo.**
- 9. Complementos alimenticios.**
- 10. Tratamientos o padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.**
- 11. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto cirugía reconstructiva requerida a consecuencia de un accidente cubierto.**
- 12. Tratamiento de calvicie, obesidad o reducción de peso.**
- 13. Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo y quelaciones.**
- 14. Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, quiroprácticos, naturistas, homeópatas y vegetarianos.**
- 15. Diagnóstico y/o tratamiento derivado del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.**

16. Procedimiento de diagnóstico o tratamiento del Síndrome de Fatiga Crónica.
17. Cualquier tipo de Tratamiento relacionado con hormonas para el crecimiento, independientemente de la causa de la prescripción.
18. Gastos relacionados con cualquier método de tratamiento por problemas en la mandíbula o la articulación de la misma, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes cráneomandibulares o cualquier otra condición que une el hueso de la mandíbula con el cráneo y su grupo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esta articulación.
19. Tratamientos y/o medicamentos para Síndrome de Talla Baja.
20. Tratamientos y/o medicamentos para Disfunción Eréctil y Eyaculación Precoz.
21. Tratamientos y/o medicamentos para corregir o controlar Acné.
22. Tratamiento o medicamentos que no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar que se hubiera prescrito o seguido, y aquellas que, por su naturaleza, se consideren experimentales.
23. Reposición de Prótesis y Endoprótesis adquiridos con anterioridad a la fecha de alta del Asegurado en la póliza.
24. Tratamientos Psiquiátricos o Psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje.
25. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos como “check up”.
26. Revestimiento de una esterilización, cambio o transformación de sexo, infertilidad o inseminación artificial.
27. Los siguientes conceptos hospitalarios: Llamadas telefónicas locales y de larga distancia, cama extra y alimentos para el acompañante, pañales, artículos personales, tales como: toallas femeninas, rastrillos, shampoo, pasta de dientes, cepillo dental, geles orales, cremas y jabones, así como fotografías y videocasetes, estacionamiento y habitaciones diferentes a

las indicadas en este documento.

28. Artículos de curación fuera del hospital, tales como: Gasas, adhesivos, alcohol, soluciones antisépticas, vendas, jeringas, anorexigénicos, tiras reactivas, medicamentos en fase de investigación, medias elásticas, protectores solares, cosméticos antialérgicos, estimulantes del apetito, cremas reductivas y dermatológicas.
29. Equipo de riñón artificial para uso residencial.
30. Todos los gastos por transporte no definidos en el inciso G . AMBULANCIA de Descripción de las Coberturas.
31. Los gastos erogados por el donador de órgano a consecuencia de complicaciones o secuelas derivadas de la misma donación.
32. Atención médica en el extranjero, exceptuando si fue contratada la cobertura adicional de Urgencias Médicas en el Extranjero.
33. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta póliza.
34. Padecimientos Preexistentes, excepto los que se cubran mediante un endoso de preexistencia declarada.

Esta póliza no cubre gastos médicos en que el Asegurado incurra por accidentes o enfermedades a consecuencia de:

35. Prestar servicio militar o participar directamente en actos de guerra, rebelión o insurrección.
36. Delitos intencionales de los que sea responsable el Asegurado o se produzcan con el consentimiento o participación de éste.
37. Participar como piloto o copiloto, ayudante o pasajero, en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier tipo.
38. Práctica profesional de cualquier deporte o práctica de box, lucha libre o grecorromana, alpinismo, paracaidismo, rafting, charrería, tauromaquia y cualquier tipo de deporte aéreo o de los denominados “extremos”, aun cuando se practiquen en forma amateur u ocasional.
39. Intentos de suicidio o lesiones auto inflingidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
40. Epidemias declaradas oficialmente.

41. Radiación, reacción atómica o contaminación radiactiva.

V. CLAUSULAS GENERALES DEL CONTRATO

1. CONTRATO

Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, el registro de Asegurados, las Condiciones Generales, la carátula de la póliza, los certificados individuales, el folleto explicativo y los endosos adicionales en su caso, constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

2. PERIODO DE BENEFICIO

Se establecerá un periodo de beneficio, tiempo durante el cual se cubrirán los gastos erogados por los servicios de salud que requiera el Asegurado por las enfermedades y/o accidentes cubiertos por la presente póliza y que se hayan presentado durante la vigencia de la misma, el cual terminará:

1. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
2. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
3. Después de dos años contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente.

3. MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las Condiciones Generales de la Póliza, las cláusulas y los endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Dichas modificaciones deberán constar por escrito, en endosos debidamente registrados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse por escrito a la Compañía en su domicilio social, indicado en la carátula de la póliza y/o certificado individual.

Los requerimientos y comunicaciones que se deban hacer al Contratante y/o Asegurado, tendrán validez si se hacen en el último domicilio del cual la compañía tenga conocimiento.

4. RECTIFICACION DE POLIZA

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo para el Contratante.

5. REGISTRO DE ASEGURADOS

La Compañía llevará un registro de los Asegurados, en el que consten, los siguientes datos: Operación y plan de seguro, nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, suma asegurada de cada uno o regla para determinarla, fecha en que entra en vigor el seguro para cada Asegurado,

fecha de terminación del seguro para cada Asegurado, número de los certificados individuales correspondientes y coberturas amparadas.

6. EDAD

La Compañía aceptará el ingreso a esta póliza de personas a partir del primer día de nacidas y hasta los 64 años cumplidos. En tanto que la edad de renovación será hasta los 74 años.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía; en este caso se devolverá al Contratante y/o Asegurado, en la proporción que les corresponda, la prima neta no devengada existente en la fecha de su rescisión.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondería para la edad real, la responsabilidad de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada que haya sido pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de alta del certificado individual.

Si debido a la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real del Asegurado, la Compañía reembolsará la diferencia entre la prima neta no devengada y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en la fecha de alta del certificado individual. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo a la edad real.

Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la Compañía estará obligada a pagar la cantidad que resulta de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado, en el último aniversario de la póliza.

En caso de que la Compañía ya hubiese pagado el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación de la edad del Asegurado, ésta tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del tercer párrafo de esta cláusula, incluyendo los intereses respectivos.

Para los cálculos que exige la presente cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al momento de la contratación de la Póliza.

La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, la Compañía deberá anotarla en la propia póliza y/o certificado individual correspondiente y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

7. REPORTE DE MOVIMIENTOS

Altas

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan sido dadas de alta dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad Asegurada de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte de la misma, la Compañía, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. ⁽¹⁾

Cuando se incluya al cónyuge del Asegurado y éste contraiga matrimonio durante la vigencia de esta póliza, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha del matrimonio civil, siempre y cuando se le notifique a la Compañía por escrito por parte del Contratante durante los primeros 30 días siguientes a la fecha de dicho matrimonio, debiendo adjuntar el acta de matrimonio respectiva. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la Compañía y su cobertura dará inicio hasta que sea dado de alta dentro de la póliza.

Cuando se incluya a los hijos del Asegurado nacidos dentro de la vigencia de la póliza, quedarán cubiertos desde su nacimiento, siempre y cuando se le notifique a la Compañía por escrito por parte del Contratante durante los primeros 30 días siguientes a la fecha de dicho nacimiento, debiendo adjuntar el acta de nacimiento respectiva. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la Compañía y su cobertura dará inicio hasta que sea dado de alta dentro de la póliza.

Bajas

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, ⁽²⁾ deduciendo los gastos de adquisición, siempre y cuando no se haya reclamado algún evento.

La notificación para dar de baja a cualquier Asegurado de la póliza deberá ser por escrito y firmada por el Contratante, dicha notificación dará por terminada la cobertura de la póliza para ese Asegurado.

(1) Artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

(2) Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

8. PRIMA

Importe. - El Contratante se obliga a pagar las cantidades señaladas por la Compañía como prima, la cual será la suma de las correspondientes a todos los integrantes de la Colectividad Asegurada. Éstas se calcularán de acuerdo a la tarifa sometida a registro y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que se encuentre vigente en la fecha de iniciación de cada periodo de seguro. Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, derechos, recargos y tasa de financiamiento por pago fraccionado, en su caso.

Vencimiento. - La prima o fracción de la misma, vencerá en la fecha en que comience cada Periodo de Seguro pactado. En el caso de que el pago de la prima se haga en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.

Periodicidad. - Las partes convienen que el periodo de pago de primas podrá ser pactado de forma anual, semestral, cuatrimestral, trimestral o mensual.

Periodo de gracia. - A partir del vencimiento de la prima o fracción de la misma en caso de pago en parcialidades, el Contratante dispondrá de 30 días naturales para efectuar el pago de ésta, durante los cuales el seguro continuará en pleno vigor.

Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado, los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las veinticuatro (24) horas del último día de este plazo.

Ajuste de Primas. - En caso de altas de Asegurados, o de aumento de beneficios, la Compañía cobrará al Contratante la prima correspondiente.

Pago de prima. - El Contratante deberá pagar a su vencimiento, las primas pactadas, debiendo efectuar dicho pago en las oficinas de la Compañía a cambio de un recibo oficial expedido por ésta.

Previo acuerdo entre las partes, las primas también podrán ser pagadas a través de otros medios, como pudieran ser los que a continuación se mencionan, de manera enunciativa más no limitativa: tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta, etc. El estado de cuenta o recibo en donde aparezca el cargo correspondiente, hará prueba plena de la realización de dicho pago.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

Contribución del Asegurado. - Cuando así se indique en la solicitud y quede establecido en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente, los integrantes de la Colectividad Asegurada podrán contribuir al pago de la prima en la proporción que se indique.

9. INTERÉS MORATORIO

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado una Indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el cual prevé lo siguiente:

“Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de

este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

I. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

III. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

IV. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

V. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VI. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez

o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

VIII. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

10. RENOVACIÓN

Este contrato se considerará renovado por periodos de igual duración, si dentro de los últimos treinta días naturales de vigencia de cada periodo, alguna de las partes no da aviso a la otra parte por escrito de su voluntad de no renovarlo.

La Compañía podrá renovar el presente contrato, en las mismas condiciones en que fueron contratadas o en los términos y condiciones de los productos que la Compañía tenga registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y que sean congruentes con los originalmente contratados, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo

para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato, por lo que la Compañía no podrá modificar las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento de los Asegurados, ampliar los periodos de espera, reducir los límites de edad y solicitar requisitos de asegurabilidad en razón del derecho de antigüedad adquirido por los Asegurados.

En cada renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada y sexo de cada uno de los asegurados, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha, registradas en la nota técnica ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El incremento de primas en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar, con información suficiente, homogénea y confiable, los parámetros de la prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica.

El pago de la prima acreditado mediante el recibo expedido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

11. CANCELACIÓN

La Póliza se cancelará automáticamente cesando cualquier derecho y obligación para cualquiera de las partes, si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del periodo de gracia correspondiente.

El Contratante y/o Asegurado se obliga a reembolsar a la Compañía todos los servicios que se le hubieren otorgado en el periodo de gracia, salvo que proceda la rehabilitación de su Póliza.

12. REHABILITACIÓN

En caso de que este contrato se hubiese cancelado por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar rehabilitarlo dentro de los treinta días siguientes al último día del plazo de gracia señalado, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- El Contratante lo solicite por escrito a la Compañía.
- El (los) Asegurado(s) cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad que la Compañía le(s) requiera.
- La Compañía comunicará por escrito al Contratante la aceptación de la propuesta de rehabilitación.
- Pagar el importe correspondiente.

Como resultado de la rehabilitación la Compañía eliminará el periodo de antigüedad reconocido, mismo que empezará a contar a partir de la fecha de rehabilitación. No están cubiertos los siniestros ocurridos entre la fecha en que este contrato hubiera cesado sus efectos y la fecha de rehabilitación del mismo.

13. RESIDENCIA

Sólo estarán protegidas bajo este seguro, las personas que radiquen dentro de la República Mexicana.

14. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en dos (2) años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no solo por causas ordinarias, sino también por aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros Asimismo, el término de la prescripción se suspenderá al interponer una reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, conforme a lo dispuesto por el artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

15. SUBROGACION

La Compañía, una vez que pague la indemnización, se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. La Compañía podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado. Si el daño fue indemnizado solo en parte, el Asegurado y la Compañía concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

16. MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante, del Asegurado o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la época de los mismos.

Los gastos que se originen en el extranjero y que procedan conforme a las condiciones de este Contrato, se reembolsarán de acuerdo con el tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha en que se erogaron dichos gastos.

17. COMPETENCIA

En caso de controversia, el Contratante o Asegurado podrán hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 BIS y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de las delegaciones de dicha Comisión. En todo caso queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

18. VIGENCIA DEL SEGURO

Salvo pacto en contrario, la vigencia de esta póliza será anual.

Iniciación. - Respecto de cada Asegurado, las coberturas especificadas en la Póliza surtirán plenamente sus efectos a partir de las cero (0) horas del día de la fecha inicial de vigencia estipulada en el certificado individual.

Terminación. - Respecto a cada Asegurado, cesarán los efectos de esta Póliza, a partir de las veinticuatro (24) horas del último día del Periodo de Seguro contratado y establecido en la carátula de la póliza y en el certificado respectivo, o bien, de la fecha de baja de la colectividad asegurada.

19. DERECHOS DE LOS ASEGURADOS

Los Asegurados que requieran algún servicio médico de acuerdo a las condiciones del plan tendrán los siguientes derechos:

1. Acceso expedito a los servicios.
2. Trato respetuoso de parte del médico tratante.
3. Los servicios proporcionados serán con respeto a la privacidad, y la información relativa será confidencial.
4. Seguridad personal durante el proceso de la atención.
5. Conocer la identidad y grado de preparación del prestador del servicio que lo atiende, y la persona responsable del equipo.
6. A ser informado sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que los que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.
7. Tiene el derecho de mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.
8. No será sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas. Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.
9. Solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en esta póliza.
10. No aceptar las propuestas terapéuticas.
11. Seleccionar al médico y hospital para su atención dentro de la Red de Prestadores de Servicios y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en este contrato.

20. PAGO DE INDEMNIZACIONES

Cuantía del pago. - La cantidad que se les pagará directamente a los Proveedores médicos de la Red, será igual a la suma de todos los gastos por servicios de salud amparados de acuerdo a las condiciones de la póliza y a los aranceles pactados previamente con la Red de Prestadores de Servicios.

Pagos improcedentes. - Cualquier pago realizado indebidamente a un proveedor médico causado por desconocimiento de un movimiento de baja, obliga al Contratante a reintegrar dicho pago a la Compañía.

Pagos por reembolso. - La Compañía se obliga a reembolsar en los términos establecidos en la presente cláusula, el costo de los servicios médicos que haya necesitado el Asegurado en los casos de urgencia médica, en los que la Red de Prestadores de Servicios no le haya brindado la atención médica necesaria sobre los derechos previstos en este contrato, por causas en que se acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.

Para efectos de lo anterior, se entenderá por error de diagnóstico el caso en el que el Asegurado haya asistido previamente a la Red de Prestadores de Servicios y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de la Red, por la misma urgencia médica.

En caso de que un Asegurado sea atendido por una urgencia médica, o bien, si tomó la decisión de recibir atención médica fuera de la Red de Proveedores Médicos, es obligación del mismo dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier urgencia médica o atención médica que pueda ser motivo de indemnización.

En toda reclamación de este tipo, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la ocurrencia del siniestro y presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, tales como: facturas y recetas en original, así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado.

Los documentos de comprobación de los gastos efectuados quedaran en poder de la Compañía una vez pagada la reclamación. Para el trámite de reembolso de gastos es indispensable entregar la siguiente documentación:

1. Aviso de accidente o enfermedad: Este documento será requisitado en forma completa y con letra legible por el Asegurado de la póliza.
2. Informe Médico: El documento será requisitado por el o (los) Médico (s) que haya (n) intervenido para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación y por lo tanto se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado.
3. Comprobantes de Gastos: Los comprobantes que se presenten a la Compañía siempre deberán ser facturas originales y nunca copias fotostáticas o recibos provisionales.
4. Los diagnósticos, estudios médicos, historia clínica, radiografías, análisis, electrocardiogramas, encefalogramas, y demás elementos probatorios.
5. Las facturas de medicamentos y/o estudios, así como cualquier otro gasto erogado, deberán acompañarse de la receta expedida por el Médico tratante. Las facturas deberán estar a nombre de la Compañía (Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V) o en su defecto a nombre del Contratante y/o Asegurado Titular del certificado.

En caso de reclamaciones complementarias a la inicial, se entregarán nuevamente tanto el informe médico como el aviso de accidente o enfermedad, siendo indispensables para el nuevo análisis de dicho complemento.

Cada recibo por honorarios deberá estar relacionado a un sólo concepto (consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anesthesiólogo, etc.)

La Compañía sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que no sean familiares del Asegurado, así como los gastos de internamiento efectuados en sanatorios y hospitales legalmente autorizados.

El reembolso se pagará deduciendo de la cantidad que resulte procedente, el importe de las primas vencidas y no pagadas, así como en su caso, el copago respectivo, siempre y cuando la cobertura haya estado vigente para el Asegurado de que se trate al momento en que se erogaron los gastos.

No se hará, por parte de la Compañía, ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exija remuneración.

El reembolso que haga la Compañía al Asegurado por cada uno de los servicios amparados por la presente póliza, en ningún caso excederá el gasto usual y acostumbrado para la Red de Prestadores de Servicios Médicos.

La Compañía reembolsará al Asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación ajustándola previamente a las condiciones y limitaciones de la póliza, y aplicando un porcentaje de copago adicional sobre la indemnización procedente, de acuerdo a lo siguiente:

CONCEPTO	COPAGO ADICIONAL
Urgencia fuera de Red:	
a) Con aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes:	0% (cero por ciento), exceptuando los gastos realizados en el extranjero por urgencia médica, si dicha cobertura fue contratada, para los cuales aplica un copago de \$50.00 Dólares Americanos.
b) Sin aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes, salvo caso fortuito o fuerza mayor:	20% adicional. Sobre el copago
Atención fuera de la Red	
c) Con aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes:	50% adicional sobre el copago
d) Sin aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes, salvo caso fortuito o fuerza mayor:	70% adicional sobre el copago procedente

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante y/o Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

21. MODIFICACIONES DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

La Compañía informará al Contratante y a los Asegurados por escrito dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes en que suceda, de los cambios de la Red de Prestadores de Servicios.

Para hacer uso de estos servicios el Asegurado deberá comunicarse las 24 horas del día, los 365 días del año, al Centro de Atención Telefónica de la Compañía al siguiente número 01 800 022 6436 desde cualquier lugar dentro de la República Mexicana, o bien, revisar dentro del siguiente sitio en Internet: www.sisnova.com.mx los proveedores que integran la Red, ya que ésta será actualizada continuamente.

22. COBROS POR SERVICIOS NO CUBIERTOS

La Compañía tendrá el derecho de exigir el pago por parte del Contratante de los servicios que le hubiere otorgado al Asegurado, si alguno de estos servicios no corresponde a las coberturas contratadas, o bien, si se demuestra que el servicio fue originado por alguna causa de exclusión del presente Contrato, o por falta de aviso de baja de algún Asegurado.

23. TERMINACIÓN ANTICIPADA

El Contratante podrá dar por terminado este Contrato mediante notificación por escrito a la Compañía, con treinta (30) días de anticipación, surtiendo efecto al término del plazo. En este caso, la Compañía estará obligada a devolver la prima neta no devengada calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, deduciendo los gastos de adquisición, dentro de los 10 días hábiles posteriores a haber recibido el aviso de terminación anticipada, a través de transferencia a la cuenta proporcionada en dicho aviso por el mismo Contratante o cheque.

24. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de la póliza:

- A Informar a cada Asegurado, su calidad de integrante de la Colectividad Asegurada mediante esta póliza y entregar los certificados correspondientes que le expida la Compañía.
- A informar por escrito a la Compañía, dentro de los 5 días siguientes a que se verifiquen, los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada.
- A Informar por escrito a la Compañía, en un plazo máximo de 5 días naturales inmediatos posteriores a que ocurran, las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada.
- A informar por escrito a la Compañía, dentro del término de 5 días naturales siguientes a que se verifique, cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a modificaciones en las sumas aseguradas, de acuerdo con la regla establecida para determinarlas. De ser el caso, las nuevas sumas aseguradas entrarán en vigor desde la fecha de cambio de condiciones.

25. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la contratación de la póliza.

Cualquier omisión o inexacta declaración de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindida de pleno derecho la póliza y/o el certificado individual correspondiente, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del Contratante y/o Asegurado, la facultará para ejercer las acciones que conforme a derecho procedan a efecto de recuperar el pago que se hubiere otorgado en forma indebida.

Tratándose de los Asegurados, esta cláusula sólo será aplicable para aquellos integrantes de la Colectividad Asegurada que ingresaron a la misma con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan sido dados de alta después de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que adquirieron el derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada.

26. COMISIONES

Durante la vigencia de la póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

27. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA RESPECTO DE TERCEROS

En los términos de la póliza, queda entendido que el Asegurado al elegir voluntariamente dentro de las opciones ofrecidas por la Compañía el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de su salud, asume que la relación que establece el asegurado con cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección voluntaria se establece únicamente

Entre tales prestadores de servicios y el Asegurado, por lo que la Compañía no es responsable de manera alguna por cualquier responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo. El contenido de esta cláusula aplica a todos los conceptos y servicios derivados de esta póliza, incluyendo cualquier beneficio adicional contratado.

28. CAMBIO DE CONTRATANTE

Cuando el objeto del presente seguro sea el de otorgar una prestación laboral y haya cambio del Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los treinta días

naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada.

29. ARBITRAJE MÉDICO

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación como consecuencia de un padecimiento preexistente, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía en su domicilio, la designación de un médico que fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, para que éste a través de un arbitraje privado, decida si los gastos médicos que motivan la reclamación del Asegurado, derivan o no de un padecimiento preexistente.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje; el mismo vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje estará establecido por el médico elegido por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir deberán firmar el convenio arbitral.

El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el asegurado.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 6 de agosto de 2018, con el número CNSF-H0711-0042-2018 /CONDUSEF- CONDUSEF-003359-01”

Para cualquier duda, aclaración o queja puede acudir a la UNE (Unidad Especializada) ubicada en Av. Batallón de San Patricio 111 Piso 14, Valle Oriente, San Pedro Garza García, Nuevo León, C.P. 66269 y también puede acceder a ella a través de correo electrónico atencionaclientes@sisnova.com.mx o telefónicamente al 01800 022 6436, en un horario de atención de 9:00 horas a 19:00 horas.

Asimismo, puede acceder a la CONDUSEF (Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros), ya sea a través de su página de internet, www.condusef.gob.mx, o telefónicamente a los teléfonos (55) 5448 7000 en la Ciudad de México y del interior de la República al 01 800 999 8080.